TITRES

ET

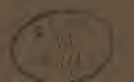
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Georges FAYOT

—

1933



En respectueux hommage

G. Fayot

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Georges FAYOT



PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

Titres et Fonctions Universitaires

Certificat de Cytologie et Protistologie (A. B.) (1923).

Docteur en Médecine (1929)

Chef de Clinique de Gynécologie (1929).

Titres et Fonctions dans les Hôpitaux

Externe des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1923).

Interne des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1924).

Prix Bouisson (Scolarité et Services rendus dans les Hôpitaux). (année 1929-1930).

Enseignement

Conférences et démonstrations cliniques (comme chef de clinique de gynécologie), années 1929-1930-1931-1932.

Conférences préparatoires au concours d'Externat (Années 1927 et 1930).

Conférences préparatoires au concours d'Internat : anatomie (Années 1931 et 1932).
Pathologie externe (Année 1932).

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

MÉDECINE

1° *Épidémie de rougeole et débit respiratoire maximum* (en collaboration avec M. Carrieu). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 11 Avril 1923.

2° *Méningite aseptique puriforme tolérée* (en collaboration avec MM. Rimbaud et Boulet). Société de Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 8 Avril 1927.

3° *Endocardite maligne à évolution lente dûe à un streptocoque hémolytique* (en collaboration avec MM. Rimbaud et Boulet). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 11 mars 1927.

4° *Endocardite infectieuse à entérocoques* (en collaboration avec MM. Giraud et Puech). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 15 Décembre 1927.

5° *Thrombose oblitérante de l'oreillette gauche* (en collaboration avec MM. Vedel et Vidal). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 24 Février 1928.

6° *Hémiplégie urémique et rétention chlorurée sèche* (en collaboration avec MM. Vedel et Vidal). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 17 Avril 1928.

7° *Œdèmes irréductibles au cours d'une néphrite hydropigène* (en collaboration avec MM. Vedel et Vidal). (Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 17 Avril 1928.

8° *Comitialité et héméralopie héréditaire* (en collaboration avec M. Viallefont). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 31 Mai 1929.

9° *Sur un cas de lymphogranulomatose maligne à forme cervico-médiastinale* (en collaboration avec MM. Vedel, Vidal et Guibert). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 juillet 1928.

CHIRURGIE

I. — Abdomen

10° *Hémorragie intestinale grave consécutive à une hernie étranglée* (en collaboration avec M. Mourgue-Molines). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 Février 1925.

11° *Appendicite perforante* (en collaboration avec MM. Sicard et Bonnet). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 30 janvier 1915.

12° *Un cas d'invagination aiguë caeco-colique chez un adulte* (en collaboration avec M. Mourgue-Molines). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 11 janvier 1929.

13° *Un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel* en collaboration avec MM. Guibal et Henriet). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, Juillet 1929.

14° *Iléus par bride 25 ans après une hystérectomie vaginale* en collaboration avec M. Aimes). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 19 juillet 1932.

15° *Etranglement de l'appendice dans une fossette rétro-cæcale* (en collaboration avec M. Riche et Mlle Soulas). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 17 janvier 1930.

16° *Hématome de la gaine du droit* (en collaboration avec M. Riche et Mlle Soulas). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 17 Mars 1930.

II. — Membres

Contracture des fléchisseurs des doigts par embolie artérielle (en collaboration avec MM. Sicard et Bonnet). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 Mars 1925.

Rupture des ligaments croisés du genou (en collaboration avec M. H. Estor). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 17 février 1928.

Corps étranger traumatique du genou (en collaboration avec M. Riche). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 22 Mars 1929.

Les indications de la résection dans les arthrites tuberculeuses du genou (mémoire présenté pour le prix Lascellière-Lafosse-mention très honorable, année 1928).

III. – Cou

21° *Parotidite nécrotique au cours d'une injection post-abortum* (en collaboration avec MM. Estor et Duponnois). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 30 Mars 1928.

22° *Contribution à l'étude de la Phrénicectomie dans la Tuberculose pulmonaire.* Thèse Montpellier 1929. 121 pages. 5 figures.

23° *Quelques points de l'anatomie du Phrénique.* Montpellier Médical. Juillet 1929.

IV — Gynécologie

24° *Aplasie de l'utérus et des ovaires* (avec MM. Riche et Laux). Société d'Obstétrique et gynécologie de Montpellier 26 Février 1930.

25° *A propos de la résection du présacré en gynécologie* (en collaboration avec M. Riche). Société d'Obstétrique et gynécologie de Montpellier, 30 Avril 1930.

Kystes de l'Ovaire.

26° *Appendicite et Kyste de l'ovaire* (en collaboration avec MM. Riche et Laux). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 décembre 1929.

27° *Kyste du parovaire à pédicule tordu* (en collaboration avec M. Riche). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 juin 1930.

28° *Kyste de l'ovaire suppuré* ; *difficultés du diagnostic* (en collaboration avec MM. Riche et Coll de Carrera). Société d'Obstétrique et gynécologie de Montpellier, 17 Décembre 1930.

29° *Double Kyste de l'ovaire pris pour un fibrome et irradié* (en collaboration avec M. Riche). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, 17 Décembre 1930.

30° *A propos de 2 cas d'hétéro-récidive de Kyste de l'ovaire* (en collaboration avec M. Riche). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, 11 Mars 1931.

31° *De la suppuration des Kystes de l'ovaire* (en collaboration avec M. Riche). Paris Médical, Décembre 1930.

FIBROMES.

32° *Volumineux polype utérin sphacélé. Extraction. Fibromatose utérine. Hystérectomie subtotale guérison* (en collaboration avec M. H. Estor). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 11 Mai 1928.

33° *Fibrome du col de l'utérus avec rétention d'urine* (en collaboration avec M. Mourgue-Molines). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 16 Novembre 1928.

34° *Volumineux fibrome pédiculé ayant simulé une tumeur ovarienne* (en collaboration avec MM. Riche et Lonjon). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 Mars 1931.

35° *Fibrome primitif de ligament large* (en collaboration avec MM. Riche et Laux). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, 26 Février 1930.

36° *Volumineux fibrome Kystique développé dans le ligament large* (en collaboration avec M. Riche). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, 11 Mars 1931.

GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

37° *Grossesse extra-utérine déterminée par une coudure de la trompe* (avec M. Riche et Mlle Soulas). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 14 février 1930

38° *Deux cas d'inondation péritonéale avec contracture abdominale.* (en collaboration avec M. Lapeyre). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 1 Juillet 1932.

39° *Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début.* Montpellier Médical, 22 Mars 1929.

ANNEXITES.

40° *Volumineux hydro-salpinx* ; *ébauche de torsion* (en collaboration avec MM. Riche et Villa). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 22 Mars 1929.

41° *Double abcès froid avec torsion d'un des pyosalpinx.* (en collaboration avec M. Lapeyre). Société d'Obstétrique et Gynécologie, 28 Juin 1932.

CANCERS DE L'UTERUS.

42° *Greffe ou métastase vulvo-vaginale d'un cancer du corps de l'utérus* (en collaboration avec M. Riche et Mlle Soulas) Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 12 Décembre 1930.

43° *Adénome diffus bénin du corps de l'utérus* (avec MM. Riche, Guibert et Lonjon). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 27 Mars 1931.

44° *Cancer endo-cervical propagé au corps* ; *coexistence d'éléments glandulaires et d'éléments malpighiens.* (en collaboration avec MM. Riche et Guibert). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, 11 Mars 1931.

45° *Cancer total de l'utérus* (en collaboration avec MM. Lapeyre et Coll de Carrera). Société d'Obtétrique et Gynécologie de Montpellier, Décembre 1932.

HYSTERO-SALPINGOGRAPHIE.

46° *Le lipiodo-diagnostic en gynécologie* (en collaboration avec MM. Riche, Lamarque et Lonjon). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 19 juin 1931.

47° *L'exploration radiologique de l'appareil génital de la femme après injection de lipiodol* (en collaboration avec M. Riche). Communication au Congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française. Bordeaux 1931.

48° *L'Hystéro-Salpingographie dans le diagnostic des salpingites* (en collaboration avec M. Lapeyre). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier. Décembre 1932.

ENDOMETRIOMES.

49° *Les endométriomes des cicatrices de laparotomie* (en collaboration avec MM. Lapeyre et Villa). Montpellier Médical Mars 1931.

50° *Adéno-léiomyome fibroïde développé dans une cicatrice de laparotomie* (en collaboration avec M. Guibert). Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer. 1933. page 140.

51° *Les endométriomes expérimentaux des cicatrices de laparotomie* Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 28 Avril 1933.

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ DES TRAVAUX DE CHIRURGIE

ABDOMEN

Hémorragie intestinale grave, consécutive à une hernie étranglée.

en collaboration avec M. Mourgue-Molines. Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 *février* 1925.

L'hémorragie intestinale précoce est une complication rare des hernies étranglées. Depuis le mémoire de Sauvé (1905) nous n'en avons trouvé que 7 cas publiés. La pathogénie en est discutée. Dans notre cas, le malade s'était livré lui-même à des taxis répétés et violents. On pourrait donc incriminer les lésions intestinales déterminées par ces tentatives, plutôt que l'afflux artériel brusque (Schnizler) ou la thrombose veineuse (Kukula).

Appendicite perforante.

(*en collaboration avec MM. Sicard et Bonnet*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier,* 30 *Janvier* 1925.

Cette observation met en évidence les dangers de l'exploration radiologiques par lavement baryté à peu de temps d'une crise abdominale de diagnostic incertain. Un malade présente des

douleurs abdominales vives avec melœna. Le diagnostic d'occlusion chronique étant posé, on fait une semaine après un examen radioscopique après lavement baryté. Quelques heures aprés apparait une nouvelle crise. L'opération montre un appendice gangréné et perforé.

Un cas d'invagination aigüe caeco-colique chez un adulte.
en collaboration avec M. Mourgue-Molines. Société des Science médicales et biologiques de Montpellier, 11 *janvier* 1929.

Invagination intestinale doublement remarquable :

1° par l'âge du sujet : 16 ans. Nous rappelons à ce propos que l'invagination intestinale aigue est plus fréquente que les classiques ne l'admettent : 10 % des cas relatés dans la thèse de Gueullette, 7 cas rapportés en 1927 à la Société de Chirurgie ;

2° par la forme anatomique : invagination purement cœco-colique, sans participation du grêle ni de l'appendice.

Un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel.
(en collaboration avec MM. Guibal et Henriet). Société des Sciences Médicales et biologiques de Montpellier, Juillet 1929.

L'occlusion reconnaissait pour mécanisme l'étranglement sous une bride. L'extrémité distale du diverticule était fixée au mésentère ; sous la corde ainsi formée, une anse intestinale avait glissé et s'était étranglée. C'est un des modes les plus fréquents de l'occlusion diverticulaire (84 cas sur 232. Forgue et Riche).

Iléus par bride 23 ans après une hystérectomie vaginale.
(en collaboration avec M. Aimes). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 19 *Juillet* 1932.

Ce cas d'occlusion par bride est rendu instructif par le très

long intervalle de temps : 23 ans qui sépare l'intervention de l'occlusion qui en fut la conséquence.

On observe en 1932 des accidents d'occlusion chez une femme qui a subi en 1909 une hystérectomie vaginale. L'intervention montre qu'une anse grêle est étranglée sous une bride au niveau de la cicatrice vaginale. L'enseignement de ce fait est le suivant : si une occlusion intestinale survient chez un sujet qui a subi antérieurement une opération abdominale, la cause de l'occlusion doit toujours être cherchée d'abord dans l'ancien foyer opératoire, quel que soit le temps qui se soit écoulé depuis l'intervention.

Hématome de la gaine du droit.

(*en collaboration avec M. Riche et Mlle Soulas*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 7 *Mars* 1930.

Chez un diabétique, un hématome volumineux se développe dans la gaine d'un muscle droit à la suite d'un effort de toux.

La pathogénie de cet hématome quasi spontané est difficile à élucider. Peut-être le diabète, par des lésions musculaires ou artérielles, a-t-il joué le rôle de cause prédisposante.

MEMBRES

Contracture des fléchisseurs des doigts par embolie artérielle.

(*en collaboration avec MM. Sicard et Bonnet*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 20 *Mars* 1925.

Dans ce cas, la paralysie ischémique de Volkann reconnaissait une étiologie absolument exceptionnelle : une embolie de l'humérale : douleur en coup de bâton dans le bras droit ;

quelques heures après, les doigts se mettent dans l'attitude caractéristique de la paralysie ischémique. Mort quelques jours après par ictus. L'embolie humérale ne fait pas de doute. Nous n'avons trouvé qu'une observation analogue (Lorenz).

Rupture des ligaments croisés du genou.

(*en collaboration avec M. Estor*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 17 *Février* 1928.

Ce cas de rupture des ligaments croisés du genou était remarquable par la présence du signe qui a reçu le nom de « mouvements de tiroir volontaires ». Le blessé pouvait à volonté subluxer son tibia sur son fémur et le remettre en place. Si la subluxation passive est commune dans les entorses du genou, la subluxation active est beaucoup plus rarement signalée.

Corps étranger traumatique du genou.

(*en collaboration avec M. Riche*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 22 *Mars* 1929.

Syndrome de corps étranger du genou survenu quelque temps après un traumatisme peu violent. L'arthrotomie permet de retirer de l'articulation un fragment osseux du volume d'un pois. Sur la face postérieure de la rotule est creusée une petite loge déterminée sans aucun doute par la chute du corps étranger. L'ostéochondrite disséquante explique seule cette localisation.

COU

Parotidite nécrotique au cours d'une infection post-abortum.

(*avec MM. H. Estor et Duponnois*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 30 *Mars* 1928.

De ce cas de parotidite, sont à retenir :

la forme anatomique : gangrène glandulaire qui détermine en 48 heures une paralysie faciale complète ;

l'étiologie : elle a fait son apparition au cours d'une infection puerpérale ; c'en est une complication rare (10 cas relevés par Budin) ;

la pathogénie : les frottis parotidiens n'ont montré que du staphylocoque; c'est du streptocoque qui était dans l'utérus. Dans ce cas tout au moins, la parotidite n'avait donc pas la signification d'une métastase.

Contribution à l'étude de la Phrénicectomie dans la Tuberculose pulmonaire.

(*Thèse de Montpellier* — 1929 — 112 *pages* — 5 *figures*).

Notre thèse a pour sujet la phrénicectomie envisagée sous ses aspects anatomique, physiologique, clinique, ce dernier en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire seulement.

Ch. I. Les Bases anatomiques de la Phrénicectomie.

Notre étude est basée sur l'analyse de nombreux travaux récents, et surtout sur les 15 dissections que nous avons réalisées.

1° *Le Phrénique dans la région cervicale.* Ce sont surtout les anomalies de trajet du phrénique, capables de créer des difficultés opératoires, qui ont retenu notre attention. Voici les principales :

le phrénique perfore le scalèneantérieur;

le phrénique chemine le long du bord externe du muscle ;

le phrénique gagne précocément le bord interne du muscle (1 fois sur 15), affectant des rapports plus intimes avec le paquet vasculo-nerveux du cou.

Rapports avec l'aponévrose : en désaccord avec la plupart des auteurs, nous plaçons le nerf non au dessous de l'aponévrose du scalène, mais dans un dédoublement de cette aponévrose.

Rapports vasculaires : un seul est pratiquement important :

les vaisseaux cervicaux transverses croisent le nerf au devant du scalène(15 fois sur 15) ; il sont au devant de l'aposévrose du scalène, et non au dessous, comme le disent certains classiques.

2o *Les Phréniques accessoires.*

Dans 6 cas sur 15, il n'y avait pas de phrénique accessoire (40 % des cas).

Dans 7 cas, le phrénique accessoire, unique ou double (fig. 1 et 3), se détachait du nerf du sous-clavier ; disposition classique.

Dans 2 cas, il y avait 2 phréniques accessoires : l'un indépendant, l'autre se détachant du nerf du sous-clavier. (fig. 2).

Nous avons cherché à préciser la distance qui sépare le point de jonction du phrénique et de son accessoire du point où l'on sectionne le phrénique au devant du scalène : cette distance mesure en effet la longueur de phrénique qu'il est nécessaire et suffisant de réséquer. Nous n'avons jamais trouvé plus de 8 centimètres.

Dans tous les cas, nous avons constaté que le phrénique accessoire contourne la sous-clavière à laquelle il adhère intimément, et forme avec le phrénique une boucle complête au dessous de cette veine.

Le phrénique accessoire peut affecter une disposition telle que l'identification du phrénique est rendue plus difficile au cours de l'acte opératoire. Dans 2 conditions surtout:

a) le phrénique accessoire suit au devant du scalène un trajet parallèle au phrénique principal.

b) le phrénique accessoire suit un trajet récurrent au devant du scalène, en imposant pour une division précoce du phrénique (1 cas sur 15).

Ch. II. Les Bases physiologiques de la phrénicectomie.

Nous envisageons succesivement les diverses fonctions du phrénique : fonctions motrices, 2 points importants ;

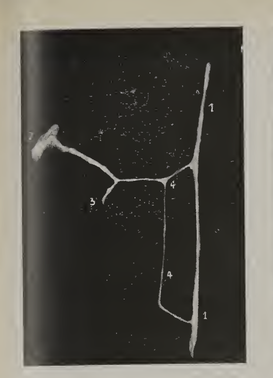


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

le phrénique est pratiquement le seul nerf moteur du diaphragme.

chaque phrénique innerve seulement un hémi-diaphragme.

Fonctions sensitives. Fonctions sympathiques, qui, du point de vue de la phrénicectomie, n'ont que très peu d'importance.

Ch. III La Technique. Nous rappelons les différents temps de l'exerèse du phrénique, avec les variantes, plus ou moins importantes, que les auteurs ont proposées.

Nous insistons en particulier : sur les avantages esthétiques de l'incision horizontale ; sur la voie d'abord, qui doit passer au dessous. et non au dessus de l'omo-hyoïdien. afin d'aborder le phrénique le plus bas possible ;

Sur l'exérèse du phrénique, qui doit consister en un arrachement de 8 à 9 cm. du nerf.

Ch. IV. Les Accidents. Chapitre de statistiques. Notre contribution personnelle se réduit à une embolie gazeuse bénigne consécutive à la blessure de la grande veine lymphatique. En ce qui concerne les accidents tardifs, nous avons observé une dilatation de la poche à air gastrique au dessous du diaphragme paralysé.

Ch. V. Les Conséquences Anatomiques et physiologiques de la Phrénicectomie.

Nous avons examiné à plusieurs reprises sous l'écran 7 malades qui avaient subi la phrénicectomie, afin de préciser l'évolution radiologique de l'hémi-diaphragme.

L'hémi-diaphragme est rarement immobile. Nous divisons en 2 catégories les mouvements dont il est animé:

mouvements inverses du type normal ; c'est une variété de phénomène de Kienböck ;

mouvements de sens normal, qui, disparaissent le plus souvent ; s'ils persistent, ils indiquent une faute de technique dans la phrénicectomie.

L'ascension immédiate de l'hémi-coupole paralysée est con-

stante. Nous avons mesuré en moyenne 2 cm. en expiration, 4 cm en inspiration forcée.

Nous rappelons et discutons les différents facteurs de l'élévatim diaphragmatique.

Effets fonctionnels

Quant à la ventilation pulmonaire : sur 9 malades, 1 seule accusait une gène respiratoire persistante.

Quant à la toux, toux émétisante en particulier : nous rapportons 4 observations où la toux émétisante disparut après le phrénicectomie.

Ch. VI. Le mécanisme de l'action de la phrénicectomie.

Nous envisageons les divers facteurs dont l'action a été invoquée :

immobilisation du poumon
compression du poumon
libération des forces rétractiles pulmonaires.

Chi VII. La Phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire

Isolée, sa valeur curatrice doit être envisagée :

Suivant la localisation des lésions : les lésions des sommets en sont justiciables tout autant que celles de la base.

Suivant l'état du poumon opposé : des lésions légères ne contre-indiquent pas la phrénicectomie : 3 malades sur 10, dans notre statistique, avaient quelques lésions du côté opposé.

Suivant la forme anatomique des lésions : nous mettons en valeur l'action de la phrénicectomie sur les cavernes, qu'elle peut faire disparaitre à elle-seule, dans les cas heureux.

Suivant la forme évolutive des lésions.

Enfin, nous envisageons le rôle que peut jouer le phrénicectomie comme opération de complément, associée : au pneumothorax, à la thoracoplastie.

Les Indications de la Phrénicectomie.

Nous résumons pour finir les indications que nous reconnaissons à la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire :

indication principale : échec du pneumothorax ;

indications secondaires : préparation de thoracoplastie ; association à un pneumothorax insuffisant ; quelques symptômes gênants : hémophysie, toux émétisante rebelle.

Quelques points de l'anatomie du phrénique.

(*Montpellier Médical, juillet* 1929).

Nous reprenons dans cet article les notions anatomiques que nous avions exposées dans notre thèse.

GYNÉCOLOGIE

Aplasie de l'utérus et des ovaires.

(*en collaboration avec MM. Riche et Laux*). *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier*, 26 *Février* 1930.

L'appareil génital présentait les malformations suivantes : absence complète de l'utérus à sa place normale, absence complète d'un ovaire ; l'autre ovaire, polykystique, forme une masse de la grosseur d'une noix ; contre la paroi pelvienne, petite masse fibreuse sous-péritonéale représentant sans doute un hémi-utérus.

A propos de la résection du présacré en gynécologie.

(*en collaboration avec M. Riche*). *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier*, 30 *Avril* 1930.

Etude de 8 cas de résection du présacré :

2 pour cancer inopérable de l'utérus — 2 échecs partiels;

1 pour névralgies pelviennes essentielles — 1 succès ;

5 pour dysménorrhée : 2 succès complets, 2 améliorations, 1 échec.

Nous insistons sur la disposition en faisceau large de 2 à 3 cm du nerf présacré, que nous avons rencontrée dans 50 % de nos cas, et qui explique, par une section incomplète, un certain nombre des échecs qui ont été signalés.

KYSTES DE L'OVAIRE.

Appendicite et Kyste de l'ovaire.

(*en collaboration avec MM. Riche et Laux*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 2 *Décembre* 1929.

Exemple d'une erreur plus fréquente, sans doute, qu'on ne le pense : pour des crises douloureuses de la fosse iliaque droite, une malade subit l'appendicectomie 6 mois après, souffrant toujours, elle est opérée par laparotomie médiane. On trouve un Kyste de l'ovaire du volume de deux poings basculé dans le Douglas.

Kyste du parovaire à pédicule tordu.

(*en collaboration avec M. Riche*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 20 *juin* 1930.

Observation d'une complication rare des Kystes du parovaire.

Kyste de l'ovaire suppuré ; difficulté du diagnostic.

(*en collaboration avec MM. Riche et Coll de Carren*). (*Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier*, 9 *Juillet* 1930.

Double difficulté de diagnostic : 1° Les caractères cliniques : tumeur dure, faisant corps avec l'utérus, conduisaient au diagnostic de fibrome ; mais les caractères radiologiques : cavité utérine rejetée à la périphérie de la tumeur et basculée permettaient le diagnostic exact ;

2º il n'y avait ni fièvre, ni douleurs qui permissent de prévoir la suppuration du Kyste.

Double Kyste de l'ovaire pris pour un fibrome et irradié.

(en collaboration avec M. Riche). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, 17 *Décembre* 1930.

Deux Kystes de l'ovaire accolés l'un à l'autre sur la ligne médiane sont pris pour un fibrome. Cette erreur de diagnostic conduit la malade à des séances répétées de radiothérapie.

A l'intervention, l'un des Kystes est trouvé porteur de végétations assez volumineuses. Nous examinons à cette occasion la question de l'effet de la radiothérapie sur les Kystes de l'ovaire :

Crée-t-elle des adhérence ? Il n'y en avait pas dans notre cas, ni dans la plupart des cas analogues que nous avons relevés.

détermine-t-elle la dégénérescence maligne ? Nous rappelons les discussions récentes qui se sont élevées à ce sujet. Il ne semble pas qu'on puisse actuellement conclure.

A propos de 2 cas d'hétéro-récidive de Kyste de l'ovaire.

(en collaboration avec M. Riche). Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, 11 *Mars* 1931.

Nous avons observé 2 malades qui, après une ovariotomie pour Kyste, virent se développer un second Kyste aux dépens de l'ovaire laissé en place.

Chez l'une d'elles, le premier Kyste, pris pour un fibrome, avait été irradié à 2 reprises ; le 2e Kyste fut de nature maligne. C'est la preuve qu'aux dépens d'un ovaire fonctionnellement détruit par les rayons X peut se développer une tumeur.

L'hétéro-récidive des Kystes de l'ovaire n'est pas exceptionnelle : 2 à 8 % des cas suivant les statistiques. Il est donc nécessaire de tenir compte de cette éventualité lorsqu'on

opère un Kyste de l'ovaire. Nous formulons les conclusions suivantes :

au dessus de 40 ans ; ablation systématique de l'ovaire sain ;

au dessous de 40 ans, ablation de l'ovaire sain : lorsque le Kyste est de nature maligne ;

lorsque l'ovaire sain a été fonctionnellement détruit par la radiothérapie, le 1er Kyste ayant été pris pour un fibrome.

De la suppuration des kystes de l'ovaire

(*en collaboration avec M. Riche*). *Paris-Médical, Décembre* 1930.

Cette étude est basée sur une statistique personnelle de 7 cas. Nous étudions succesivement :

1o *Comment s'injectent les Kystes de l'ovaire.*

Dans 2 cas, l'infection était d'origine appendiculaire ;

Dans 3 cas, l'infection était d'origine utérine : puerpérale 1 fois, gonococcique 2 fois ;

Dans les 2 cas restants, l'origine de l'infection ne put être mise en évidence.

2o *Comment se manifeste cliniquement la suppuration des Kystes de l'ovaire.*

Nous distinguons 2 formes cliniques : 1o la forme aigue (5 cas) : douleurs vives, réaction péritonéale, fièvre. Diagnostic difficile avec les salpingites aigues : la persistance de la fièvre et des douleurs malgré le repos et la vaccination est le meilleur signe différentiel. 2o La forme chronique (2 cas): pas de douleur, fièvre très légère; la suppuration est méconnue le plus souvent.

D'une façon générale, diagnostic difficile (fait 3 fois sur 7)

3o *Quelle est la meilleure méthode opératoire.*

On a employé: 1o L'extirpation en 1 temps, avec drainage abdominal ordinaire ;

2o L'extirpation en 2 temps ;

3o L'extirpation en 1 temps avec drainage à la Mikuliez.

Nous montrons : que la 1re méthode doit être abandonnée, parce que trop meurtrière ;

que la 3e méthode représente la méthode de choix, l'emploi du Mikuliz la rendant aussi bénigne que la 2e. Cette dernière ne demeure indiquée que dans certaines conditions : Kyste adhérent à la paroi abdominale antérieure, adhérences nombreuses avec l'intestin, très gros volume du Kyste.

FIBROMES

Volumineux polype utérin sphacélé. Extraction. Fibromatose utérine. Hystérectomie subtotale Guérison.

(*en collaboration avec H. Estor*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 11 *Mai* 1928.

La conduite à tenir vis à vis des gros polypes intra-utérins sphacélés est discutée. Ce cas vient à l'appui de ceux qui préconisent l'opération en 2 temps : extraction du polype d'abord, hystérectomie plusieurs semaines après.

Fibrome du col de l'utérus à symptomatologie urinaire.

(*en collaboration avec M. Mourgue-Molines*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 16 *Novembre* 1928.

La rétention d'urine, comme signe révélateur d'un fibrome de l'utérus, n'est pas d'observation courante. Chez notre malade, aucun trouble gynécologique ni urinaire ne l'avait précédée. Il s'agissait d'un fibrome postérieur, ce qui confirme la règle de Hartmann et Bonnet.

La tumeur était développée aux dépens du col exclusivement et laissait le corps tout à fait intact, chose assez rare.

Volumineux fibrome pédiculé ayant simulé une tumeur ovarienne.

(*en collaboration avec MM. Riche et Lonjon*). *Société des*

Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 20 *Mars* 1931.

Observation d'un tumeur mobile, indépendante de l'utérus, qui était un fibrome pédiculé. Considérations sur l'impossibilité de faire le diagnostic en pareilles circonstances.

Fibrome primitif du ligament large.

(*en collaboration avec MM. Riche et Laux*). *Société d'Obstétriques de Montpellier*, 26 *Février* 1930.

Fibrome primitif du ligament large assez remarquable par l'énorme volume de la tumeur, la dilatation du système veineux épigastrique comme voie de suppléance, l'énorme développement de la vessie qui recouvrait la face antérieure de la tumeur jusqu'à l'ombilic.

Volumineux fibrome kystique développé dans les ligaments larges.

(*en collaboration avec M. Riche*). *Société d'Obstétriques et Gynécologie de Montpellier*, 11 *Mars* 1931.

Très gros fibrome occupant les 2 ligaments larges, creusé de nombreuses cavités pseudo-Kystiques, qui étaient autant de foyers de dégénérescence.

Grossesse extra-utérine déterminée par une coudure de la trompe.

(*en collaboration avec M. Riche et Mlle Soulas*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 14 *Février* 1930.

Grossesse extra-utérine développée dans la portion ampullaire de la trompe, juste en amont d'une coudure à angle droit déterminée par des adhérences.

L'œuf fécondé avait été manifestement arrêté dans sa migration par la coudure du conduit tulaire.

Deux cas d'inondation péritonéale avec contracture abdominale.

(en collaboration avec M. Lapeyre). Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 30 *Juin* 1932.

C'est une question qui a été récemment très discutée que de savoir si, au cours des hémorragies intra-péritonéales, il y avait de la contracture abdominale.

En particulier, l'existence de ce signe au cours des ruptures tubulaires a été niée. Nous présentons 2 observations d'inondation péritonéale par rupture de grossesses extra-utérine dans lesquelles nous avons constaté une contracture abdominale généralisée très intense.

Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début.

(Montpellier Médical, 15 *Mars* 1933.

Revue des services que peuvent rendre les méthodes de laboratoire pourr le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début.

Il est possible à ce moment de la confondre avec les annexites, les pseudo-grossesses, la dysménorrhée pseudo-membraneuse, l'avortement utérin.

L'examen histologique de la muqueuse ne donne pas de résultats aussi certains que quelques auteurs l'ont cru : la réaction déciduale sans villosités placentaires n'est pas constante au cours de la grossesse extra-utérine, et n'en est pas non plus pathognomonique.

La réaction d'Ascheim-Zondek n'a de signification que si on la pratique dans des conditions cliniques bien déterminées.

En somme, ces méthodes ne peuvent fournir à elles-seules une réponse sûres; il faut confronter leurs résultats avec ceux de l'examen clinique.

Volumineux hydro salpinx ; ébauche de torsion.

(*en collaboration avec MM. Riche et Villa*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*. 22 *Mars* 1929.

Hydrosalpinx dont la torsion avait donné lieu à des crises douloureuses; c'est un accident rare des hydrosalpinx (40 cas réunis par Cathelin).

Double abcès froid tubaire avec torsion d'un des pyosalpinx.

(*en collaboration avec M. Lapeyre*). *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier*, 28 *juin* 1932.

La forme de tuberculose annexielle connue depuis Albertin sous le nom d'abcès froid tubaire est relativement rare (5 cas publiés depuis 1919).

Dans notre cas, l'un des salpinx s'était tordu plusieurs fois autour de sa portion isthmique.

Les modalités du traitement sont discutés : castration totale ou opération conservatrice des fonctions menstruelles.

Nous indiquons pourquoi cette dernière qui nous paraît préférable.

CANCERS DE L'UTERUS.

Greffe ou métastase vulvo-vaginale d'un cancer du col de l'utérus.

(*en collaboration avec M. Riche et Mlle Soulas*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 12 *Décembre* 1930.

La coexistence d'un cancer du col de l'utérus et d'un nodule vulvo-vaginal de même formule histologique pose la question de la nature de ce dernier : métastase ou greffe ? Question importante, l'opération étant légitime dans le 2e cas et non dans le 1er

Nous rappelons que, si les métastases rétrogrades ne sont

pas exceptionnelles, le cancer du col se greffe avec une grande fréquences sur les parois vaginales.

Adénome diffus bénin du corps de l'utérus.

(*en collaboration avec MM. Riche et Lonjon*). *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 27 *Mars* 1931.

Observation d'une lésion rare de la muqueuse utérine : l'adénome diffus bénin. Les points intéressants sont:

du point de vue clinique: impossibilité de faire le diagnostic avec le cancer du corps. Cependant l'hystérographie, en montrant des contours déchiquetés de toute l'image utérine, est assez caractéristique.

du point de vue de la pathogénie : l'examen microscopique ne montre aucune prolifération du stroma, aucune transformation déciduale de la muqueuse. Il n'y a donc, contrairement à la théorie de Kano Mou-Kayé, aucun signe que le développement de l'adénone soit dû à une hyperproduction d'hormones ovariennes.

Cancer endo-cervical propagé au corps ; coexistence d'éléments glandulaires et d'éléments malpighiens

(*en collaboration avec MM. Riche et Guibert*). *Société d'Obstétrique et gynécologie de Montpellier*, 11 *Mars* 1931.

Cancer endo-utérin qui présente 2 particularités:

d'abord, l'extension du processus néoplasique à la presque totalité de la muqueuse endo-utérine;

en second lieu, la présence d'éléments malpighiens néoplasiques mêlés à des éléments cylindriques de même nature.

Cancer total de l'utérus.

(*en collaboration avec MM. Lapeyre et Coll de Carrera*). *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier*, Dé*cembre* 1932.

Nouveau cas de cancer endo-utérin dans lequel le néoplasme avait envahi la totalité de la surface endo-utérine, col et corps.

Nous insistons : sur la rareté de cancers totaux ; sur les difficultés particulières auxquelles donne lieu l'ablation de ces utérus extrêmement friables, qui se déchirent à la moindre traction.

HYSTERO-SALPINGOGRAPHIE.

Le lipiodo-diagnostic en gynécologie.

(en collaboration avec MM. Riche, Lamarque et Lonjon), Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 19 Juin 1930.

L'exploration radiologique de l'appareil génital de la femme

(en collaboration avec M. Riche) Communication au VI Congrès des Gynécologues et obstétriciens de langue française Bordeaux, Octobre 1931

Nous apportons à la valeur de l'hystéro-salpingographie dans le diagnostic gynécologique la contribution de 120 cas réunis en 2 ans.

Accidents : 2 poussées inflammatoires bénignes ;

2 injections intra-vasculaires, l'une sans aucune manifestation clinique, l'autre ayant déterminé une dyspnée de quelques minutes.

Valeur diagnostique. Nous l'envisageons successivement:

Dans l'exploration de la cavité utérine. C'est l'interprétation des images lacunaires. Nous les divisons en 2 groupes :

images à contours irréguliers : elles correspondent à la métrite fougueuse, au cancer du corps, à la rétention placentaire, à l'adénome diffus;

images à contours réguliers : polype intra-utérin, Kyste intra-utérin, grossesse.

L'image de cette dernière est très particulière sur la radio-

graphie de contrôle, qui montre les contours de l'œuf très régulièrement arrondis.

Dans le diagnostic des tumeurs pelviennes

Nous opposons les caractéristiques radiologiques respectives des fibromes utérins et des Kystes de l'ovaire :

Fibromes: cavité utérine agrandie, déformée en croissant, au centre de l'aire de la tumeur repérée par le procédé du film à plomb.

Kystes: cavité utérine de volume normal, rejetée à la périphérie de la tumeur, basculée, entourée par une trompe en demi-cercle; à la radiographie de contrôle, le pôle inférieur du Kyste apparait parfois dessiné par une mince trainée de lipiodol.

Dans le diagnostic de la perméabilité tubaire.

Nous insistons surtout sur la signification de l'image en gouttelettes: jamais nous ne l'avons obtenue en dehors de la présence de liquide. Sur les 7 cas où nous l'avons constatée, 6 fois il existait un hydrosalpinx, 1 fois du liquide dans le Douglas.

L'Hystéro-salpingographie dans le diagnostic des salpingites.
(*en collaboration avec M. Lapeyre*). *Société d'Obstétrique et Gynéologie de Montpellier, Décembre* 1932.

1e *Les accidents* : 8 cas d'accidents infectieux, la plupart graves 1 mortel, ont été publiés. Il se sont produits chez les femmes qui avaient dans leur passé des poussées de salpingite.

2o*Les avantages*: L'Hystéro salpingographie permet de distinguer parmi les salpingites chroniques celles qui sont kystique, et qui doivent par conséquent être opérées, de celles qui ne le sont pas, et qu'un traitement médical peut améliorer ou guérir.

L'Hystéro-salpingographie est parfois un appoint pour le diagnostic entre appendicite et annexite.

3o *Les contre-indications.* Pas d'Hystéro-salpeingographie lorsque les signes cliniques sont assez nets pour permettre à eux-seuls de poser les indications thérapeutiques ;

Pas d'Hystéro-salpingographie dans la période qui précède les règles, ni surtout, nous y insistons, dans la période qui suit une poussée inflammatoire pelvienne, si peu accusée qu'ait été cette dernière.

LES ENDOMETRIOMES

Les Endométriomes des cicatrices de laparatomie

(*avec MM. Lapeyre et Villa*). *Montpellier Médical, Mars* 1933.

A l'occasion d'un cas d'endométriome développé sur une cicatrice de laparotomie 2 ans après l'ablation d'un kyste de l'ovaire, nous rassemblons les observations publiées depuis 5 ans, au nombre de 21.

D'après ces documents, nous faisons l'étude étiologique et clinique de ces tumeurs. C'est la pathogénie surtout qui nous retient. Nous rejetons la théorie de la métaplasie péritonéale pour admettre celle de la greffe opératoire.

Adéno-léiomyome fibroïde développé dans une cicatrice de laparotomie.

(*en collaboration avec M. Guibert*). *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer. Février* 1933. *p.* 140.

Etude histologique détaillée de la même tumeur. (figure 1 et 2). Nous insistons sur les points suivants :

1o les éléments glandulaires sont nettement séparés du péritoine ; il ne peut donc être question de métaplasie péritonéale.

2o il s'agit d'éléments utérins, alors que l'opération n'avait intéressé que la trompe ; mais on peut invoquer soit une métaplasie utérine, soit plutôt une greffe des éléments endométriaux, si fréquents dans la muqueuse tubaire.

3e Parmi les éléments du stroma, on retrouve : le tissu conjonctif préexistant (trousseaux fibreux). le néo-stroma (ou



Fig. 1



Fig. 2

Fig. 1

Fig. 2

tissu de réaction), enfin les éléments cytogènes apportés par la greffe.

Les endométriomes expérimentaux des cicatrices de laparotomie.

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, 28 *Avril* 1933.

Nous avons sur 3 lapins, greffé dans la cicatrice opératoire, des fragments de muqueuse prélevés sur la corne de l'utérus.

Les animaux ont été sacrifiés 35 à 40 jours après la greffe. Constamment, nous avons constaté la formation d'un ou plusieurs nodules, de la grosseur d'un pois. A l'examen histologique les uns se sont montrés constitués par des éléments épithéliaux en état de prolifération (fig. 1 et fig. 2), les autres pas du tissu cytogène et des fibres musculaires lisses.

Il s'agit donc de véritables endométriomes.

Cette expérience démontre que les endométriomes des cicatrice de laparotomie peuvent avoir pour origine une greffe opératoire.

TABLE DES MATIÈRES